Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Lehre von den Infektionspsychosen:

„Psychose nach einer Halsphlegmone."

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Constanz Billich
aus Recklinghausen.

Recklinghausen.
Druck von J. Bauer.
1912.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Lehre von den Infektionspsychosen:

„Psychose nach einer Halsphlegmone."

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Constanz Billich
aus Recklinghausen.

Recklinghausen.
Druck von J. Bauer.
1912.

Nr. 7.
Rektoratsjahr 1911/12.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. Graf **von Spee,**
z. Z. Dekan.

Die Literatur über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten ist, seitdem Esquirol Ende des 18. Jahrhunderts auf den aetiologischen Zusammenhang zwischen akuten fieberhaften Krankheiten und Psychosen im allgemeinen hingewiesen hat, bereits ziemlich umfangreich geworden. Eine prinzipielle Scheidung der Erschöpfungs-, Intoxikations- und Infektionspsychosen vom pathologischen Standpunkte aus stösst auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten. So verschiedenartig auch der Ausgangspunkt rein aetiologisch betrachtet sein mag, so gleichartig wird die Einwirkung der schädigenden Agentien auf die funktionstragende Nervensubstanz sein müssen. Klinisch lässt sich eine solche Unterscheidung nach aetiologischen und symptomatischen Gesichtspunkten leichter durchführen, wenn auch hier bezüglich der Symptome die psychischen Krankheitsbilder oft eine weitgehende Übereinstimmung haben. Doch wie äussern sich zunächst mal die seelischen Störungen? Allgemein gesagt tragen sie meist den Charakter eines Deliriums.

Ich folge hier der Darstellung der Infektionspsychosen in dem Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. „Vergleicht man die einzelnen Formen, welche sich bei Infektionskrankheiten im ursächlichen Zusammenhang mit diesen finden, bezüglich ihrer Hauptsymptome und ihrer ganzen Verlaufsweise, dann lässt sich vielleicht soviel sagen, dass die im Beginn auftretenden psychischen Störungen, namentlich die sogenannten Fieber- und Initialdelirien, sich durch eine Flüchtigkeit der Symptome auszeichnen bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Im späteren Verlauf der Erkrankung haben die Symptome schon etwas Beständigeres, erst recht bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Psychosen, wie Melancholie, Manie, der akuten Verwirrtheit, Katatonie usw.

Die Hauptsymptome eines Fieberdeliriums sind: Bewusstseinstrübung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen; dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelten Wahnideen kommen oder es tritt eine lebhafte, motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich mit Ideenflucht, Inkohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affektzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn- und Angstaffektion ein. Die leichte motorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jactationen. Nicht selten wird die Erregung durch stupuröse Zustände unterbrochen. Die Sinnestäuschungen haben meist einen beängstigenden Charakter. Bei Kindern, selten bei Erwachsenen, ist der Inhalt derselben ein angenehmer. Infolge des meist beunruhigenden Inhaltes sind die Kranken ängstlich, unruhig: mit glänzenden, weit geöffneten Augen starren sie fest in eine Ecke, horchen, lauschen auf die Stimmen, das Gesicht ist gerötet, die Lippen bewegen sich leise, plötzlich schreien sie auf, schreckhaft fahren sie empor, springen aus dem Bett, suchen zu entweichen, greifen ihre Umgebung an, verletzen diese, fliehen vor dem Rufen und Schreien, suchen aus dem Fenster zu entkommen, bringen sich Verletzungen bei. Dieser plötzlichen Erregung folgt ein ruhigeres Stadium: ängstlich gespannt liegt der Kranke da, macht nur geringe Bewegungen mit den Händen, sucht auf der Decke, antwortet nicht, stöhnt oft auf. Jetzt geht ein Schütteln durch den ganzen Körper, heftig wirft er sich umher, liegt dann wieder ruhig, um gleich darauf erschreckt aufzufahren. Die Sprechweise ist abgerissen, hastig, sie schreien oft anhaltend, singen dazwischen im pathetisch-pastoralen Tone. Bei freundlichem Inhalt der Sinnestäuschungen kommt es auch zu heiterem, vergnügtem Affekt mit lustigem Lachen, Singen von heiteren Liedern. Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren.

Anders nehmen sich die geistigen Störungen in der fieberlosen Periode aus, Delirien, die man als Deferveszenz-Kollapsdelirien bezeichnet. Ihre Hauptsymptome sind die traumhafte Verwirrtheit, zahlreiche unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, einzelne Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang. Die Verwirrtheit — in vielen

Fällen geben später die Kranken selbst an, dass sie das Gefühl gehabt hätten, es sei alles „verwirrt", man habe sie verwirrt gemacht — wird hervorgerufen durch formelle und inhaltliche Störung im Auffassungsvermögen und im Bereiche der Vorstellung, die zum Teil durch massenhafte Illusionen und Halluzinationen, teilweise durch primäre Inkohärenz der Vorstellungen bedingt sein kann. Die Kranken sind sehr ängstlich, äussern Selbstanklagen, Versündigungsideen. Die Angstanfälle gehen mit grosser Erregung einher oder es treten frühzeitig stupuröse Zustände auf. Stupor und Erregung wechseln oft in schneller Folge ab. Zahlreiche Halluzinationen und Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen der Verfolgung und der Grösse. Sie sehen Tote, Engel, glauben Gift zu erhalten, blasen Haare fort, glauben sich in der Hölle, im Feuer, im Schloss, sprechen mit dem Kaiser, hören Regimentsschiessen usw. Die Sprechweise ist sehr wechselnd; die Stimmung wechselt sehr jäh. Neben lebhaftem Bewegungsdrang kommen katatonische Erscheinungen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus, Stereotypie der Haltung, Bewegung, Flexibilitas cerea, Echolalie und Echopraxie. Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewusstseins; es scheint zuweilen, als ob äussere Eindrücke (Besuch von Angehörigen, Versetzung in andere Umgebung) dabei eine Rolle spielen. Anhaltender leiten diese später die Rekonvaleszenz ein. Was die Dauer der beiden Formen angeht, so haben die Kollapsdelirien meistens einen protrahierten Verlauf, während bei Fieberdelirien in der Regel die Psychose in Stunden und Tagen abklingt."

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen über Delirien, die in dem Lehrbuch über Psychiatrie von Binswanger und Siemerling noch ausführlicher behandelt sind, möchte ich einen Fall von Infektionsdelir mitteilen, der sich im Verlaufe einer Halsphlegmone entwickelte und in der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel zur Behandlung kam.

Fall:

Es handelt sich um die 40jährige Ehefrau W. Die von ihrem Mann abgegebene Anamnese lautet:

Vater der Patientin war sehr nervös und jähzornig. P. soll in der Schule mittelmässig gelernt haben, soll von jeher, besonders zur Zeit der Menses, sehr nervös gewesen sein, war dann immer sehr heftig, jähzornig, aufgeregt.

Mit 19 Jahren hat sich Pat. verheiratet; Kinder sind nicht vorhanden, kein Abort, keine Frühgeburt. Wegen Drüsen wurde sie vor 14 Tagen von Dr. P. in die chirurgische Klinik geschickt. Schon einen Tag vorher war sie auffallend ängstlich gewesen, bat ihren Mann, nicht von ihr zu gehen, schlief mehrere Nächte, bevor sie in die Klinik kam, gar nicht, bildete sich ein, wenn sie Schlafmittel nehme, müsste sie sterben. In der chirurgischen Klinik soll sie am 11. IX. 10 ganz gut gewesen sein, dann habe sie wieder nicht schlafen können, darauf sei die Angst wiedergekommen und sei gestern (14. IX. 10) immer stärker geworden. Pat. wollte immer nach Hause, meinte, dort werde sie wieder besser; sagte, sie wäre schlecht gewesen und wollte beichten. Äusserste Suicidgedanken. Früher nie ähnlich krank gewesen. Menses vor 14 Tagen zur rechten Zeit.

Aufnahmebefund:

Pat. wird am 14. IX. 10, abends 8 Uhr, gebracht. Macht gespannten Eindruck, kommt auf den Wachsaal, erhält $^3/_4$ gr Veronal. In der ersten Hälfte der Nacht sitzt Pat. dauernd mit sehr ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck da, scheint zu halluzinieren, sieht mit gespanntem Ausdrucke nach der Decke. Auf die Frage, ob sie Stimmen höre, sagt Pat. „Ja".

A.: „Was hören Sie?"

P.: „Es währt noch lange Zeit."

Pat. wiederholt mehrmals in feierlichem Tone: „Es ist noch sehr lange Zeit".

Nachts 3 Uhr. Zunehmende Angst, ruft um Hilfe. Pat. bekommt eine Injektion M.

15. IX. 10. Heute morgen lässt sich Patientin ängstlich widerstrebend zur Untersuchung führen. Der Gesichtsausdruck ist gespannt und ängstlich. Die Gesichtsfarbe cyanotisch, die Atmung tief und beschleunigt. Pat. wiederholt immer wieder: „Ich weiss nicht, wie mir ist", „Ich hab solche Angst", „Was hab ich denn verbrochen", „Ich glaub, ich hab was ver-

schwiegen", „Ich habe doch immer gebetet", „Was hab ich denn verbrochen", „Sind meine Angehörigen noch am Leben?"

Pat. seufzt immer wieder mit gequältem Gesichtsausdruck tief auf. Es entspinnt sich dann folgende Unterhaltung zwischen Arzt und Patientin:

A.: „Wo befinden Sie sich?"

Pat.: „Das hat ja der Herr Doktor mir gesagt."

A.: „Wie lange sind Sie hier?"

Pat.: „Das weiss ich nicht; von gestern."

A.: „Wo sind Sie hier?"

Pat.: „Das weiss ich nicht", ruft dazwischen „durch eine andere Klinik".

A.: „Wie heisst die andere Klink?"

Pat.: „Das weiss ich nicht."

A.: „Etwa chirurgische Klinik?"

Pat.: „Das weiss ich nicht, Herr Doktor, ich weiss gar nicht, wo ich gewesen bin."

A.: „Warum sind Sie dorthin gekommen?"

Pat.: „Man hat mich hingeschickt wegen des Geschwüres am Hals. Ich habe furchtbare Schmerzen ausgestanden; aber es ist nicht meine Schuld; ich bin hingeschickt worden, um besser zu werden."

A.: „Wie lange ist es her, dass Sie in die chirurgische Klinik kamen?"

Pat.: „Weiss ich nicht."

A.: „Etwa 3 Wochen?"

Pat.: „Solange ist es noch nicht, Herr Doktor, was wollen Sie von mir, ich habe doch wissentlich nichts verbrochen."

A.: „Wann sind Sie operiert worden?"

Pat.: „Wie ich dorthin kam."

A.: „In welchem Monat?"

Pat.: „Weiss ich auch nicht, muss mich erst besinnen."

A.: „Welche Jahreszeit?"

Pat.: „Weiss ich nicht."

A.: „Etwa Oktober?"

Pat. stöhnt und seufzt.

A.: „Seit wann sind Sie so ängstlich?"

Pat.: „Seitdem Herr Doktor mir dies am Hals offen gemacht hat. Es schmerzte mich furchtbar; eine Frau hatte gesagt, ich hätte etwas Ähnliches, wie Kaiser Friedrich gehabt hat. Das habe ich mir sehr zu Herzen genommen.“ Pat. hört auf der Föhrde schiessen und sagt darauf: „Ich hab es ja immer gesagt, dass etwas passieren muss. Schon über 8 Tage habe ich nachts nicht schlafen können; ich habe immer gesagt, da muss etwas passiert sein. Nun ist etwas passiert; vielleicht ist Krieg oder etwas anderes ausgebrochen.“

A.: Haben Sie Stimmen gehört?“

Pat.: „Ja, Geräusche habe ich immer gehört, polternde Geräusche.“

A.: „Wo haben Sie dieselben gehört?“

Pat.: „Das weiss ich nicht, das kann ich doch nicht wissen (stöhnt!). Ich habe bloss alles schwach gehört.“

A.: „Etwa aus der Ferne?“

Pat.: „Ja, es war mir also, dann habe ich wieder gefragt. Ich habe keine schlechte Seele und habe nichts Schlechtes getan.“

A.: „Wie lange sind Sie verheiratet?“

Pat.: „Da muss ich mich erst besinnen, Herr Doktor, ich kann nicht mehr.“

A.: „Haben Sie Kinder?“

Pat.: „Ich habe 2 angenommen. Umschlag habe ich nie gehabt.“

Als junges Mädchen sei sie gesund gewesen, doch habe sie von Jugend auf viel Kopfschmerzen. Auch in der Ehe habe sie sich nie gut gefühlt. Immer habe sie viel an Schwindel gelitten, sei leicht aufgeregt gewesen wegen Kleinigkeiten. Auf die Frage, ob in ihrer Familie Nervenkrankheiten vorgekommen seien, gibt Patientin eine verneinende Antwort.

Bei Aufforderung, ins Arztzimmer zu gehen, ist Patientin ängstlich widerstrebend.

Status:

Patientin gut gebaut und ernährt.

Gewicht: 70 kg.

Temp.: 37,6 °.

Puls: 120.

An der linken Halsseite befindet sich eine mit Jodoformgaze austamponierte, operativ eröffnete Abscesshöhle. Kopf anscheinend nicht empfindlich, frei von Narben.

Pupillen: mittelweit, gleich rund.

Reaktion auf Licht: + +.

Reaktion auf Konvergenz: + +.

Augenbewegungen: frei.

Gesicht: anscheinend symmetrisch. (Pat. befolgt Aufforderung nicht.)

Zunge: gerade, sehr stark belegt.

Racheninspektion nicht möglich.

Sprache: O. B.

Geringer Tremor der Hände.

Reflexe der oberen Extremität: + +.

Vasomotorische Nachröten: lebhaft.

Kniephänomen: + +.

Achillessehnenreflexe: + +.

Zehen: plantarflektiert.

Gang: psychisch gehemmt.

Rhomberg lässt sich nicht prüfen.

Sensibilität: nicht zu prüfen.

Puls: regelmässig, mässig gefüllt.

Herztöne: rein.

Lungen: O. B.

Leib: weich.

Urin: zucker- und eiweissfrei, sehr bakterienreich.

Der weitere Verlauf der Krankheit ist folgender:

16. IX. 10. Patientin andauernd sehr ängstlich, sitzt dauernd aufrecht zu Bett, fragt ängstlich, ob sie nicht nach Hause dürfe. In der letzten Nacht so ängstlich, dass sie laut um Hilfe rief. Wurde dann widerstrebend nach dem Isolierhaus geführt. Die Wundhöhle am Halse secerniert reichlich rahmigen Eiter.

20. IX. 10. Immer noch ängstlich gespannt; mehrmals abends sehr cyanotisch, kleiner Puls. Erscheint verwirrt, gibt keine Antwort, versucht aus dem Bett zu steigen.

24. IX. 10. Ist in den letzten Tagen allmählich freier geworden. Heute abend gibt Patientin ungehemmt Antwort,

ist nicht mehr so ängstlich, fragt nach ihren Angehörigen, weiss, wer sie ist.

27. IX. 10. A.: „Wie geht es heute?“

Pat.: „Besser als sonst.“

A.: „Haben Sie Schmerzen?“

Pat. schüttelt mit dem Kopf.

A.: Ist Ihnen noch ängstlich zumute?“

Pat. nickt.

A.: „Wo sitzt die Angst?“

Pat.: „Das kann ich nicht sagen.“

A.: „Haben Sie heute nacht schlafen können?“

Pat. weint.

A.: „Wissen Sie, wo Sie sind?“

Pat.: „Nein, wo bin ich?“

A.: „Was ist dies für ein Haus?“

Pat.: „Krankenhaus. Sagen Sie mir doch, wo ich bin.“

A.: „In der Nervenklinik. Wissen Sie, wie lange Sie hier sind? Ungefähr wieviel Monate? Wieviel Wochen?“

Als Antwort nur Tränen.

A.: „Wo waren Sie vorher?“

Pat.: „Weiss ich nicht.“ Schaut ratlos um sich.

A.: „Mich kennen Sie doch?“

Pat.: „Doktor.“ Patientin kennt den Namen der Nachbarin, mit der sie sich unterhalten hat.

7. X. 10. Patientin ist erheblich freier. Wird nach der Villa gelegt. Die Wunde ist geheilt.

10. X. 10. Patientin schläft ohne Schlafmittel. Zeitweise macht sie noch immer einen ängstlichen Eindruck. Patientin fängt an, aufzustehen.

12. X. 10. Steht täglich einige Stunden auf; ist örtlich und zeitlich orientiert. Gut gestimmt. Erinnert sich nicht an die Zeit, wo sie im Isolierhaus lag, könne sich nur erinnern, dass es ihr in der ersten Zeit sehr ängstlich zumute war. Erinnert sich noch daran, dass sie im August zu Hause war. Weiss, dass sie, als die Geschwulst am Halse kam, in die chirurgische Klinik gehen wollte. Wie sie dorthin kam, sei ihr vollständig unklar; auch könne sie sich nicht erinnern an die Zeit, die sie dort war, ebenso nicht an ihre Ueberführung

von der chirurgischen Klinik nach der Nervenklinik. Nur das eine wisse sie noch, dass die Operation furchtbare Schmerzen gemacht habe.

14. X. 10. Patientin frei und guter Stimmung.

15. X. 10. Patientin wird heute auf ihren Wunsch entlassen. Subjektiv beschwerdefrei, objektiv auch nichts nachweisbar. Ergänzen wir die Krankengeschichte durch Stellen aus dem Pflegebericht, so wird das Krankheitsbild noch ein anschaulicheres werden.

15. IX. 10. Patientin sehr unruhig und ängstlich, versucht zuweilen aus dem Bett zu springen, will nach Hause. Sträubt sich energisch gegen jede Nahrungsaufnahme.

16. IX. 10. Patientin kniet morgens oft nieder, sagt, sie müsste beichten. Ist ängstlich, fragt, was sie eigentlich gestern getan hat.

17. IX. 10. Patientin kommt wiederholt aus dem Bett, ist sehr ängstlich und betet viel, klopft andauernd auf Bett und Matratze, versucht anderen Patienten die Decke wegzunehmen, sagte, die anderen Patienten müssten erst alle erlöst sein, dann käme sie daran.

Auch in den folgenden Tagen zeigt Patientin noch ein sehr ängstliches Wesen. Der Schlaf ist sehr schlecht. Patientin sitzt meist mit gefalteten Händen zu Bett, leise vor sich hin weinend, bezieht alles, was im Saal gesprochen wird, auf sich, glaubt oft ihren Namen zu hören. Vom 28. IX. 10 an schläft Patientin besser, sonst das Verhalten noch unverändert.

Erst vom 2. X. 10 wird die Stimmung etwas besser, unterhält sich mit dem Besuch und isst auch mehr.

Fassen wir die Krankengeschichte noch einmal kurz zusammen, so haben wir eine Patientin vor uns, die im Verlaufe einer akuten, infektiösen Entzündung am Halse von einer äusserst heftigen Angst befallen wird, die sich bis zur traumhaften Verwirrtheit steigert. Versündigungsideen werden geäussert. Patientin spricht von drohendem Unglück durch ihre Schuld, verfällt in einen stuporösen Zustand, der hier und da von einer motorischen Erregung unterbrochen wird. Bei Besuchen hellt sich das Bewusstsein zuweilen auf. Dieser Zustand der höchsten Angst, Desorientiertheit und Verwirrtheit

hält etwa $2^1/_2$ Wochen an, um dann einer allmählichen Beruhigung Platz zu machen, während der das Bewusstsein langsam wiederkehrt. Die Temperatur im ganzen Krankheitsverlaufe bewegte sich um 37,6 °.

Rufen wir uns nochmals die beiden Arten von Delirien im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten, die Fieber- und Defervescenz-Kollapsdelirien nebst ihren hauptsächlichen Symptomen, ihres Verlaufes und ihrer Dauer ins Gedächtnis zurück, so dürfte dieses Krankheitsbild der geistigen Störung wohl zu letzterer Gruppe gezählt werden. Auch in somatischer Beziehung spricht der vorliegende Fall für Kollapsdelirium. Die Gesichtsfarbe ist meistens blass, zuweilen cyanotisch. Der Puls ist weich. Einmal war Patientin einer Ohnmacht nahe.

Welches sind nun die Faktoren, die für die Pathogenese der Delirien, wie sie nicht selten bei oder im Anschluss an akute Infektionskrankheiten auftreten, von Bedeutung sind?

Es war der Franzose Baillager, der um die Mitte des 19. Jahrhunderts die Ansicht vertrat, dass Psychosen bei akuten Infektionskrankheiten nur unabhängig, zufällige Komplikationen wären; dieselbe fand jedoch stürmischen Widerspruch und kam auch nie zur allgemeinen Geltung.

Andere Autoren legten das Hauptgewicht bei Ausbildung der Psychosen auf den Fieberprozess und erklärten die seelische Störung als Folgeerscheinungen der starken Hyperthermie auf die nervösen Zentralorgane und der Alteration der Zirkulation.

Erstere, die Steigerung der Eigenwärme, wirke zunächst reizend, im weiteren Verlaufe aber lähmend auf das zentrale Nervengewebe ein. Der andere Faktor im Fieberprozess, die Beschleunigung der Herztätigeit, rufe eine starke Hyperaemie des Gehirns hervor, deren Folgen auf das Nervensystem

1. chemische sind insofern, als durch vermehrte Sauerstoffzufuhr eine Beschleunigung des Stoffwechsels und dadurch stärkere Reizung der Nervengewebe herbeigeführt,

2. mechanische, als dadurch infolge vermehrter Flüssigkeitszufuhr eine Drucksteigerung hervorgerufen werde.

Beide Faktoren haben eine Beschleunigung der Erregungsvorgänge zur Folge; dadurch werden aber die Vorräte an Eiweisskörpern, welche die Leistungsfähigkeit der Nervenfasern

repräsentieren, rascher verbraucht, und es kommt auf diese Weise zu weitgehenden Änderungen in der physiologischen Zusammensetzung der Nervenelemente. Näheres über den Einfluss des Fiebers auf das Zentralnervensystem findet sich in der Abhandlung von Dr. Kraepelin über den Einfluss akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten.

Nach den neueren Forschungen soll in den meisten Fällen weniger die Temperatursteigerung als die Einwirkung von Bakteriengift auf die Zentralnervensubstanz die geistige Störung verursachen. So ist es vor allem Althaus, der in seiner Abhandlung über Psychosen nach Influenza das speziell die Krankheit erregende Toxin als Hauptursache der Influenzapsychosen ansieht und diesem Faktor den weitaus grössten Einfluss zuschreibt.

Die französischen Gelehrten Régis-Bordeaux und Chevalier Lavaure-Aix haben Tieren den Urin Geisteskranker injiziert und dadurch experimentell gezeigt, dass dieselben psychopathischen Erscheinungen an jenen Tieren auftraten.

Adler will den bei akuten Infektionskrankheiten entstehenden Toxinen keine ausschlaggebende aetiologische Bedeutung beilegen und führt als Begründung folgendes an:

Die Erfahrungen der Toxikologie lehren, dass jedes Hirngift, z. B. das Atropin, Morphin, der Alkohol usw., einen ganz bestimmten Symptomenkomplex, von dem nur geringfügige Abweichungen vorkommen, hervorruft.

Dagegen müsste jedes einzelne Bakterientoxin, z. B. das Toxin des Typhus oder der Influenza, sehr verschiedenartige Störungen veranlassen können, wenn man eben diese Gifte als die hauptsächlichsten Erzeuger der bezüglichen Geisteskrankheiten betrachten wollte, und völlig unerklärlich wäre bei der Annahme einer ausschliesslichen Giftwirkung die Gleichheit der Formen in den analogen Stadien der verschiedensten Infektionskrankheiten, während andrerseits die in den einzelnen Stadien derselben Krankheit zu beobachtenden Geistesstörungen grosse Differenzen zeigen. Damit soll nicht gesagt sein, dass die Bakteriengifte keinen Einfluss auf das Gehirn ausüben; aber ihre Wirkung wird von zwei, nicht von speziellen Toxinen

abhängigen Faktoren, welche bei den akuten Infektionskrankheiten sich geltend machen, bedeutend übertroffen, dem Fieber und der Erschöpfung.

Mag nun dieser oder jener Faktor bei der Infektion mehr in den Vordergrund treten, alle dürften nur eine verschwindend geringe Bedeutung gegenüber der Tatsache haben, dass nach der übereinstimmenden Angabe aller Autoren fast $^3/_4$ der im Zusammenhang mit akuten Infektionskrankheiten von Psychosen befallenen Personen ererbte oder erworbene psychische Disposition zeigten, sei es nun eine neuropathische Konstitution auf erblicher Belastung oder erworbener Veranlagung, wie Trauma, Exzesse, Vergiftungen, Ueberanstrengungen, psychischer Shok, erschöpfende Krankheiten. Denn all die Schädlichkeiten, wie Fieber, Bakteriengifte, Erschöpfung usw., die die Infektionskrankheiten im Gefolge haben, üben doch auf sämtliche davon befallenen Individuen ihre Wirkung aus, und doch wird nur ein geringer Prozentsatz der Erkrankten von einer Psychose befallen, nicht nur gerade die am schwersten von der Infektion Ergriffenen, sondern vielfach treten bei denen, deren Infektion einen sehr leichten Verlauf nimmt, oft die schwersten Geistesstörungen auf. Die exogene Schädlichkeit bildet dann für die Praedisposition als endogene Veranlagung mehr das auslösende Moment.

Auch bei unserer Patientin dürfen wir wohl eine psychopathische Veranlagung annehmen, denn aus der Anamnese entnehmen wir, dass es sich um eine von jeher leicht erregbare, heftig jähzornige Person handelte, deren Reizbarkeit sich bei irgendwelchen körperlichen Störungen, selbst physiologischen, wie der Menstruation, besonders stark steigerte.

Am Schlusse spreche ich Herrn Geheimen Medizinal-Rat Prof. Dr. Siemerling für Zuteilung dieses Falles und freundliche Unterstützung ehrerbietigsten Dank aus.

Literaturverzeichnis.

1. Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. Jena 1907.
2. Siemerling: Ueber Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Berlin und Wien 1903.
3. Kraepelin: Ueber den Einfluss akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie, Bd. II.
4. Archiv für Psychiatrie, Bd. XXV.
5. Althaus: Ueber Psychosen und Influenza.
6. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LIII.
7. Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie, Bd. IX.

Lebenslauf.

Ich, Constanz, Paul Billich, katholischer Konfession, bin am 23. Juni 1886 zu Recklinghausen i. Westf. als Sohn des daselbst verstorbenen Lehrers Fritz Billich geboren. Nachdem ich 5 Jahre die Volksschule besucht hatte, war ich 9 Jahre auf dem Gymnasium zu Recklinghausen. Nach bestandenem Abiturientenexamen Ostern 1906 widmete ich mich dem Studium der Medizin in Freiburg, München und Münster i. Westf., wo ich im Sommersemester 1908 die medizinische Vorprüfung ablegte. Nach Ableistung meines Militärdienstes vom 1. Oktober 1908 bis 1. April 1909 beim III. Garderegiment z. F. in Berlin setzte ich das medizinische Studium fort in Bonn und Kiel und bestand am 11. Mai 1911 die Staatsprüfung.